

立会い実施確認書

■ 医療機関等記入欄

1. 対象医療機器名 :

2. 手技名 :

3. 立会い目的 (下記の該当する立会いについて、□内にチェックをお願いいたします。)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 新規納入時の立会い | <input type="checkbox"/> 故障修理後の作動確認等のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 製品のバージョンアップ時の立会い | <input type="checkbox"/> 保守点検後の作動確認等のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 試用のための貸出製品の立会い | <input type="checkbox"/> 緊急時対応のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 医療担当者の人事異動に伴う立会い | <input type="checkbox"/> 災害時対応のための立会い |
| <input type="checkbox"/> 新規納入時の立会い終了後、合算で最長12か月間以内の保証期間内での立会い | |
| <input type="checkbox"/> 在宅医療のための立会い | |

4. 回数及び予定期間 : 回, 年 月 日から 年 月 日まで

5. 事業者が立会いを行うことの患者へのインフォームドコンセントの実施 : 確認済

年 月 日

医療機関名 : _____診療科名 : _____

住 所 :

管理責任者名 : _____ (記名捺印又は署名)

■ 事業者記入欄

1. 院内規則の遵守 弊社及び弊社担当者は、貴院の院内規則を遵守いたします。

2. 立会い実施日、実施時間、実施担当者の記録

- ・実施日 : 年 月 日 実施時間 : ~ 担当者名 : _____
- ・実施日 : 年 月 日 実施時間 : ~ 担当者名 : _____
- ・実施日 : 年 月 日 実施時間 : ~ 担当者名 : _____
- ・実施日 : 年 月 日 実施時間 : ~ 担当者名 : _____

実施事業者名 : 株式会社 リィツメディカル

立会い終了時の担当医師による記名捺印又は署名 :

承認印	所長	エリアマネージャー	社長
	➡	➡	

医療機器業公正取引協議会